POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, PROF. SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANNA, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Marzec.	→ ROCZNIK DWUNASTY. ←	1910.

I. PRACE ORYGINALNE.

Promieniowce z ludzkiej rogówki*).

Napisał

Dr BOLESŁAW NAMYSŁOWSKI.

W klinice okulistycznej Uniw. Jag. spostrzegał Dr E. Rosenhauch dwa wypadki, przypominające zapalenie miotełkowate *(Keratitis fascicularis)*, tylko naloty te były matowe i łatwo dawały się usunąć z rogówki, jakby ciało obce do niej przylegające. Wypadki te dotyczyły dzieci, w obu zrobiono kultury, które dały wynik dodatni, na agarze bowiem wyrosły prawie czyste hodowle 2-ch różnych nitkowatych organizmów i kolonia gronkowca białego, który, jak okazały doświadczenia kontrolne, nie był ropotwórczym. Wspomniane nitkowate organizmy wprowadzone w przednią komorę oka morskiej świnki, spowodowały silne zapalenie ropne całej gałki. Kwestya zbadania obu organizmów pod względem ich budowy, warunków rozwoju i stanowiska systematycznego, przypadła

*) Przekład z biuletynu Akademii Umiejętności. 1909.

dzięki Dr E. Rosenhauchowi mnie w udziale. Po zrobieniu szeregu kultur przekonałem się, iż w obu wypadkach ma się do czynienia z nowymi gatunkami. wybitnie różniącymi się ze względu na zachowanie się na rozmaitych pożywkach. obraz makroskopowy kultur i miejsce znalezienia od dotychczas opisanych gatunków. Jeden z nich nazwałem *Actinomyces radiatus*, — drugi zaś *Actinomyces cerebriformis*. Po roku hodowania, kultury pochodzące z ostatnich przeszczepień oddałem Dr E. Rosenhauchowi w celu przekonania się, czy nie straciły swych własności patogenicznych, po tak długim pobycie na pożywkach sztucznych. Szczepienia kontrolne, wykonane na morskich świnkach przez Dr Rosenhaucha, wykazały, iż oba organizmy, nie straciły zupełnie swych chorobotwórczych własności, wprowadzone bowiem w przednią komorę oka, wywołały silne zapalenie ropne gałki.

I. *Actinomyces radiatus nob.*

Materyał wzięty z jakiejkolwiekbądź pożywki sztucznej, badany przy silnem powiększeniu przedstawia się w postaci gęstego splotu bezbarwnych nitek, około 1 μ grubych, rozgałęziających się nieregularnie, pozornie bez żadnej budowy, która staje się widoczną dopiero po użyciu barwików

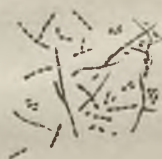


Fig. 7.

(Giemza, błękit Dogiela, błękit polichromowy). Wówczas można się przekonać, iż nitki składają się z elementów długich, przypominają więc swą budową nitki wielokomórkowe; segmentacya widoczną jest tylko na nitkach starszych, bez względu na to, czy się ma do czynienia z materyałem wyhodowanym z pożywki płynnej, czy stałej. W kulturach starych nitki ulegają fragmentacyi, tj. rozpadają się na całej swej długości na oddzielne »zarodniki« okrągłe lub kulistawe, nie rzadko nieco wydłużone. Jeżeli się trafi na odpowiednią chwilę, można widzieć nitki z jednego końca fragmentujące się i mniej lub wię-

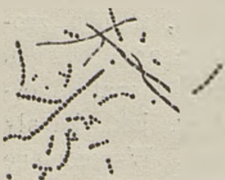


Fig. 2.

cej rozpadłe na zarodniki, natomiast drugi koniec jest jeszcze niepodzielony i prócz zwykłej segmentacyi nie wykazuje zdolności fragmentacyjnych (fuksyna, błękit Dogiela, Giemza, błękit polichromowy). »Zarodniki« pochodzące z fragmentacyi kiełkują w krótkim czasie po wysianiu w odpowiednich warunkach, dając rozgałęziające się nitki. W kulturach w kropli wiszącej w komorze pierścieniowej (surowica krwi płynna lub żelatyna) łatwo można spostrzegać kiełkowanie zarodników, jakoteż tworzenie się zazwyczaj w miejscu zetknięcia się kropli z powietrzem nitek o przebiegu waraźnie falistym, często haczykowato wygiętych na końcu. Innych form rozmnażania prócz rozpadania się na »zarodniki« nie widziałem.

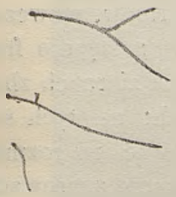


Fig. 3.

W kulturach płynnych *Actinomyces radiatus nob.* nie ulega fragmentacyi, rośnie tylko w zwykły sposób aż do zetknięcia się nitek z powietrzem, — poczem w krótkim czasie w nitkach na powierzchni pożywki będących rozpoczyna się fragmentacya. Warunkiem szybkości rozwoju *A. radiatus nob.* jest, pomijając odpowiedni d o b ó r pożywki jako rzecz rozumiejącą się sama przez się, także i ilość H_2O, gdy hodujemy na pożywkach stałych. Na pożywkach stałych bogatych w H_2O, rozwój jest szybki, bardzo zaś powolny lub żaden na pożywkach w H_2O ubogich. Co się tyczy fragmentacyi, to prawdopodobnie stoi ona w związku z możnością korzystania

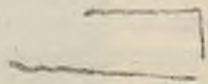


Fig. 4.

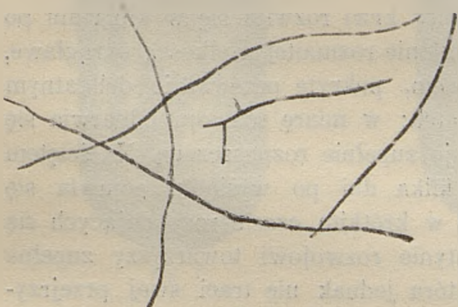


Fig. 1.

z pokarmów zawartych w pożywce i z wiekiem kultury; zjawisku fragmentacyi sprzyja utrata H_2O przez pożywkę; tam gdzie pożywka straciła dużo H_2O lub jej wogóle nie wiele zawierała, fragmentacya następuje znacznie szybciej, niż na pożywkach z większą ilością H_2O. Wskutek utraty H_2O z pożywki, utrudnionem lub uniemożliwionem jest pobieranie pokarmów, wówczas rozpadają się nitki na »zarodniki«. Najszybciej następuje fragmentacya na ściętem białku z jaj kurzych lub na ziarnach zbożowych, znacznie później na innych pożywkach; na tych samych podłożach może fragmentacya występować w rozmaitym czasie od chwili wysiania, np. na kulturach agarowych silnie nawodnionych, później niż na uboższych w H_2O. W kulturach młodych nie ma zupełnie fragmentacyi tylko nitki, w starych zaś trudno odnaleźć budowę nitkowatą, wskutek fragmentacyi bowiem budowa nitkowata uległa zupełnemu zniszczeniu; stąd też stara kultura *A. radiatus nob.* robi na pierwszy rzut oka wrażenie jakiegoś gronkowca, a nie trichomyceta.

Co do makroskopowego wyglądu kultur, to ten nie jest stałym bezwzględnie, mimo to jednak dla różnych pożywek istnieją typowe obrazy kultur i rozmaitość w oddziaływaniu mikroorganizmu na podłoże.

Na zestalonej surowicy krwi rozwija się w kilka dni po wysianiu tworząc liczne kolonie rozmaitej wielkości, okrągławe, często zlewające się razem, pokryte przeważnie delikatnym śnieżno-białym nalotem nitek; w miarę rozwoju odbarwia się podłoże, a surowica zostaje zupełnie rozpuszczoną. Na ściętem białku z jaj kurzych w kilka dni po wysianiu pojawia się śnieżno-biały nalot nitek, w krótkim czasie rozpadających się na »zarodniki«. Na żelatynie rozwojowi towarzyszy zupełne rozpuszczenie żelatyny, która jednak nie traci swej przejrzystości i barwy. Na dnie rozpuszczonej żelatyny tworzy się osad biało-szarych kolonii lub o ile się utrzymały na powierzchni tworzą kożuch pokrywający się delikatnym, białym kutnerkiem. Na agarze zwykłym (w przeciągu około 2-ch tygodni) szarawe kolonie, lekko brodawkowato wzniesione w środku,

okrągławe w zarysie, złożone z gęstego splotu promienisto rozchodzących się nitek, często zlewające się razem. Niektóre kolonie zamiast brodawkowatego wzniesienia w centrum, rozwijają się w wieloramienną gwiazdkę o ramionach z końcem lekko zaokrąglonym, złożoną ze zbitego splotu nitek; inne postaci krążka fałdują się z czasem w kierunku promieniowym, tak iż wyglądają jak wielopromienna gwiazda

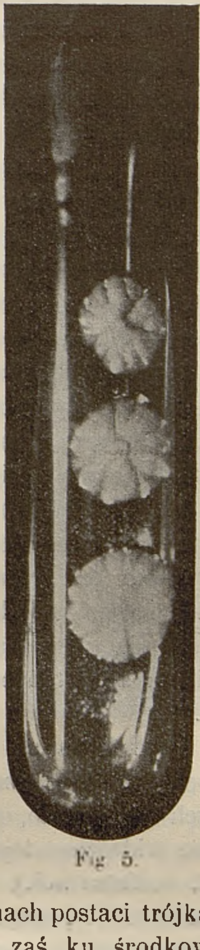


Fig 5.



Fig. 6.

o ramionach postaci trójkąta zwróconego podstawą na zewnątrz, końcem zaś ku środkowi, kiścią wnikających w agar nitek utwierdzona w pożywce. Starsze kultury agarowe czasem dopiero po upływie kilku miesięcy pokrywają się białym nalotem ulegających fragmentacyi nitek.—Na agarze glicerynowym ko-

lonie okrągławe płaskie, białawe, z wklęsłym środkiem, złożone z współśrodkowych kół przyrostu, zlewające się razem; podobne obrazy spotyka się też na zwykłym agarze. — Na sterylizowanych, napęczniałych w H_2O ziarnach pszenicy i owsa rozwija się tworząc białe kupki nitek w miejscu zaszczepienia; nitki te bardzo szybko fragmentują, a przeszczepione na agar dają kolonie odmiennie nieco wyglądające od przeciętnych. — Na płynnej surowicy krwi tworzy się na dnie probówki osad złożony z kolonii różnej wielkości, nie ulegających fragmentacyi, — natomiast kolonie pływające na powierzchni pokrywają się białym nalotem rozpadających się na »zarodniki» nitek. — W bulionie na dnie probówki występuje w postaci biało-szarego osadu, w peptonie pojedyncze kolonie wyglądają jakby kulki z waty; w jednym i drugim wypadku płyn nie zmienia barwy i przejrzystości. — Wysiany na mleko sterylizowane wywołuje po 5-u do 6-u tygodniach odbarwienie się mleka, które staje się przezroczystem, po upływie zaś miesięcy (4—6) zmienia barwę na brunatnawą, przyczem na powierzchni tworzy się biały kożuch fragmentujących się nitek. Nie rozwijał się zupełnie wysiany na chleb z cukrem gronowym, na gruszkę, ziemniaka, buraka, marchew, agar cukrowy. Typowe gwiazdowate kolonie otrzymywałem po przeniesieniu na agar zwykły skośny, z agaru zwykłego, surowicy krwi zestalonej i bulionu, — nie typowe zaś kolonie rozwijają się na agarze po przeszczepieniu z mleka, białka kury lub owsa.

II. *Actinomyces cerebriformis nob.*

Wzięty z pożywek sztucznych przedstawia się badany pod silnem powiększeniem w postaci splotu nitek 1 μ *maximum* grubych, bezbarwnych, rozgałęziających się bogato, pozornie bez żadnej segmentacyi, która staje się widoczną dopiero po użyciu barwików (te same co przy *A. radiatus nob.*). W kulturach starych na niektórych pożywkach nici te, ulegając fragmentacyi, rozpadają się na krótsze fragmenty i »zarodniki« przeważnie elipsoidalne (czem się wybitnie różni od *A. radiatus nob.*) zupełnie przypominające prątki.

Fragmentacya występnje tu znacznie rzadziej, niżeli u *A.*

radiatus, widziałem ją tylko na starych kulturach ziemniaczanych i buraczanych, z których po przeszczepieniu na inne pożywki rozwijały się zupełnie typowe dla *A. cerebriformis nob.* kolonie.

Na płynnej surowicy krwi rozwija się natychmiast tworząc

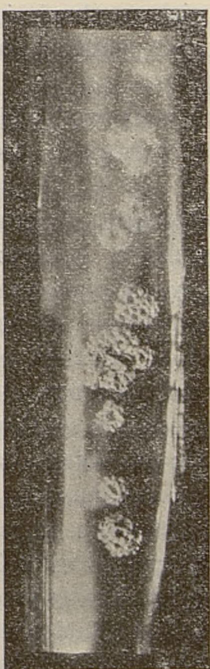


Fig 8.

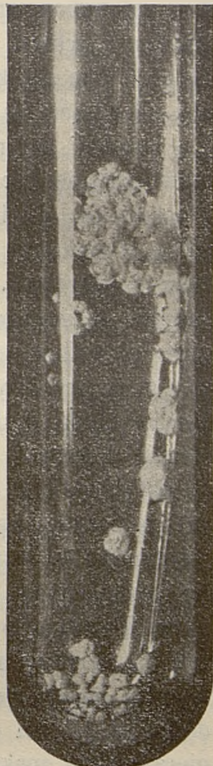


Fig. 9.

na dnie probówki osad, który przy wstrząśnięciu rozdziela się na pojedyncze kolonie przypominające kulki waty, przeciętnie 1—2 mm średnicy. Kolonie te składają się z bogato rozgałęzionych promienisto rozchodzących się nitek, dzięki wszechstronnie równym warunkom rozwoju. — Na żelatynie rozwija się rozpuszczając ją całkowicie, bez zmiany barwy i przejrzystości, — w rozpuszczonej już żelatynie liczne kolonie, lecz znacznie mniejsze niż w surowicy krwi — Na bulionie kolonie drobne w postaci kłaczkowatego osadu, na peptonie osad bo-

gaty białawej barwy, podnoszący się po wstrząśnięciu z dna i przypominający kłębki waty dochodzące *maximum* 2 mm średnicy. W peptonie kolonie chętnie układają się na ścianach probówki, — ani bulion, ani pepton nie zmieniają barwy.

Na agarze zwykłym wygląd kultur zmienny:

1) albo tworzą się kolonie żółtawe $^1/_2$ mm średnicy, bochenkowate, zlewające się razem w większe skupienia o powierzchni z licznemi zmarszczeniami, przypominającemi układ jelit lub powierzchnię kory mózgowej;

2) albo tworzą się liczne krążki woskowo-białej barwy, płaskie, lekko wypuklone w środku z wyraźnemi, współśrodkowemi kołami przyrostu.

Na agarze glicerynowym kolonie płaskie, okrągłe, z falisto-wcinanym obwodem, często nieregularne, o lekko wzniesionym brzegu, z wybitnymi pasami współśrodkowych przyrostów; powierzchnia kultury z niewielkiemi wyniesieniami woskowo-białej barwy i konsystencyi. Z wiekiem, mimo, iż w pożywce jest dosyć H_2O, pękają stale kolonie w rozmaitych kierunkach, przyczem brzeg pęknięcia zawsze zawija się nazewnątrz.

Na ziemniaku tworzy kolonie ochrowo-żółte, często pomarańczowo zabarwione, z czasem pokrywające się białym nalotem nitek. Pojedyncze kolonie na ziemniaku często kuliste pękają stale na szczycie mimo dostatecznej ilości H_2O w pożywce dochodzą *maximum* 1 mm średnicy; lub tworzą nieraz $2^1/_2$ cm długie, a $^1/_2$ cm wysokie, twarde, pofałdowane zbiorowiska. nieraz silnie spękane, czasem z białym nalotem. Przeszczepiony na ziemniak z peptonu, bulionu lub innych pożywek daje stale typowe obrazy kultur. Na buraku ćwikłowym rozwijają się liczne kolonie w postaci bochenków, zlewające się razem blado-brudno-żółtawe, na marchwi ma tę barwę co na buraku. Na zestalonej surowicy krwi rozwija się nie rozpuszczając jej jednak nawet po upływie pół roku, czem się wybitnie różni od *A. radiatus.* Na ziarnach pszenicy i owsa tworzy biały nalot. Zupełnie się nie rozwija na agarze cukrowym, gruszce, chlebie z cukrem gronowym i chlebie zwilżonym H_2O.

III. *Uwagi ogólne.*

Kultury w pierwszym i drugim wypadku robiono w ciepłocie pokojowej, porównanie zaś wyników wystarcza by stwierdzić przynależność obu gatunków do grupy *Trichomycetes*, do rodzaju *Actinomyces Harz.* Nazwy tej używam ze względu na jej rozpowszechnienie i żywotność opartą także na zapatrywaniu zyskującem coraz większe koła zwolenników, iż rodzaje *Streptothrix*, *Cladothrix*, *Discomyces* i *Micromyces* należy skasować, a gatunki razem złączone przenieść do rodzaju *Actinomyces*, co zrobił w swej monografii np. Berestneff[1] i Lachner Sandoval[2]. Wprawdzie ani *A. radiatus nob.* ani *A. cerebriformis nob.* nie mają znamiennych dla promieniowców maczugowatych zgrubień na końcach nitek, to jednak nie przeszkadza w zupełności na zaliczenie ich do *Actinomyces.*

Znamiona, na podstawie których oddzielono *Streptothrix* od *Actinomyces* są tak podrzędne i systematycznie małowartościowe (na co się zresztą zgadza wielu nowszych badaczy: Gruber[3], Gedoelst[4], Sauvageau i Radais[5], Gasperini[6], Domec[7], Lachner-Sandoval[2], iż nie wystarczają na utworzenie rodzaju, tembardziej, iż owe maczugowate zgrubienia uważane dawniej za najbardziej znamienną cechę promieniowców stoją w wielu przypadkach w związku z pasożytnym trybem życia. Nitkowata budowa *A. radiatus nob.* i *A. cerebriformis nob.*, sposób rozgałęzienia się nitek, rozpadanie się na fragmenty i zarodniki, wreszcie falisty przebieg nitek w kropli wiszącej *A. radiatus nob.*, aż nadto wystarczają, by oba organizmy pomieścić wśród promieniowców. Od dotychczas opisanych gatunków mikroskopowo nie różnią się w sposób dający się zauważyć, tak, że na podstawie obrazów mikroskopowych, nie można ich oddzielać jako nowe gatunki; natomiast: 1) makroskopowy wygląd kultur na różnych pożywkach, 2) oddziaływanie na podłoże, 3) zdolność rozwoju na takich pożywkach, na których inne gatunki się nie rozwijają, lub 4) brak rozwoju na pożywkach dobrych dla innych gatunków, dają obraz życia wybitnie je różniący od opisanych

dotychczas, tembardziej, że 5) znaleziono je w rogówce ludzkiej, i 6) stwierdzono ich chorobotwórcze własności.

Literatura dotycząca chorób oka obejmuje mnóstwo prac, z których jednak zaledwie w bardzo nieznacznej ilości można dokładnie wywnioskować, z jakim organizmem chorobotwórczym w danym wypadku miano do czynienia. Opisy, o ile są (zwykle bowiem ich niema), wiele pozostawiają do życzenia, rzadko też spotyka się próby zrobienia kultur.

W dotychczas opisanych wypadkach keratomykoz wykryto *Aspergillus fumigatus* (Collomb[8], Gentilini[9], Markow[10], Basso[11], Leber[12], Fuchs[13], Kayser[14], Johnson[15]) w największej ilości wypadków; z jakim gatunkiem *Aspergillusa* miał do czynienia Ball[16] nie wiadomo, podobnie nie wiadomo co za grzyba miał Koellner[17]; *Penicilium glaucum* według dyagnozy w pracowni O. Bujwida wyhodował z rogówki Wicherkiewicz[18], *Keratophyton*, organizm niedokładne zbadany pod względem budowy i rozwoju opisał Rosenhauch[19].

Na bliższą uwagę zasługuje praca de Berardinis'a[20], który jako powód chorób rogówki podaje *Streptothrix*. Opis samego organizmu niedokładny, wystarcza jednak, by mieć prawdopodobieństwo pewności, iż *streptotrichioza* de Berardinis'a, jest aktinomykozą (»L'esame microscopico delle culture, ha fatto rilevare constatemente la formazione di catene talvolta assai lunghe. Nelle culture vechie insieme alle catene con individui piu o meno rigonfiati e in via di trasformazione, si hanno accumuli formati di granuli e di brevi filamenti ramificati e clavati«). Jest więc mowa o organiźmie nitkowatym, rozgałęziającym się, końce nitek maczugowate, nitki same rozpadają się na łańcuszkowato ułożone »zarodniki«, typowy opis promieniowca, gatunku różniącego się tem od moich, iż bulion i agar barwi na kolor żółtawy i nie rozpuszcza żelatyny, gdy moje nie tworzą żadnych barwików i rozpuszczają żelatynę. Gdyby dokładna rewizya mykologiczna potwierdziła moje przypuszczenie, iż de Berardinis badał promieniowca, byłyby dotychczas znane tylko trzy wypadki aktinomykozy z rogówki (Berar-

dinis, dwa Rosenhauch i Namysłowski) wobec wprost olbrzymiej ilościwy padków aktinomykozy z kanalików łzowych.

Uzupełnieniem klinicznem moich poszukiwań, jest praca Dr E. Rosenhaucha, która ukazała się w Postępie okulistycznym i Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde 1910.

Praca moja została wykonaną w pracowni botanicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod kierownictwom Prof. E. Janczewskiego.

Koledze Drowi J. Bielerowi oraz p. F. Sarnkowi, którzy wykonali zdjęcia fotograficzne obu promieniowców, pozwalam sobie na tem miejscu serdecznie podziękować.

Pożywki bakteryologiczne otrzymywałem w ciągu mej pracy stale z zakładu mikrobiologii od prof. J. Nowaka.

Literatura.

1. Berestneff. Aktinomykoz y jego wozbudyteli. Moskwa. 1897.
2. Lachner Sandoval. Ueber Strahlenpilze. 1898.
3. Gruber. cit. W, Silberschmidt. Cblt. f. Bkrlg. 1900. I. Ab. Ueber 2 Falle von Pilzmassen im unteren Thranenkanälchen.
4. Gedoelst. Le schampignons parasites de l'homme... Bruxelles. 1902.
5. Sauvageau et Radais. Sur les genres Cladotrix, Streptotrix et Actinomyces. Annal. de l'institut Pasteur. 1892.
6. Gasperini. Ricerche morfologiche e biologiche sul genere Actinomyces. Rívísta gener. it. diclis. med. 1892.
7. Domec. Contribution à l'étude de la morphologie de l'actinomycose. Arch. de med. exper. et d'anat. path. 1892.
8. Collomb. Un cas rare d'infection cornéenne. Genève. 1900—1901.
9. Gentilini. 3 neue Fälle von Keratitis aspergillina. Beiträge zur Augenheilkunde. Heft 45.
10. Markow. Schimmelpilzentzündung. Hornhaut. Wiestnik oftal. 1900.
11. Basso. La cheratomycosi per Aspergillus fumigatus. Ann. d. Ottalm, 1900.
12. Leber. Keratomycosis aspergillina als Ursache v. Hypopyon-keratitis. Arch. f. Opht. 1897. Bd. 25.
13. Fuchs. Keratomycosis aspergillina. Wien. Klin. Woch. 1894.
14. Kayser. Ein Beitrag zur Keratomycosis aspergillina. Klin. Monat. f. Augenhelk. 1903.
15. Johnson. Ein weiterer Beitrag z. leichten Form d. Keratomycosis aspergillina. Klin. Monat. f. Augh. 1903.

16. Ball. Un cas de keratomycosis aspergillina. La clinique ophth. 1901.
17. Koellner. Schimmelpilz-infection d. Sklera. Zft. f. Augh. 1905.
18. Wicherkiewicz. Ueber eine Schimmelpilzerkrankung der Hornhaut Arch. f. Augh. 1900.
19. Rosenhauch. Przyczynek do etyologii owrzodzeń rogówkowych. Postęp okulistyczny. 1908. i Beitrag z. Aetiologie d. Hornhautgeschwüre. Monatsbl. f. Augh. 1908.
20. De Berardinis. Ulcera corneale da Streptothrix. Annali di Ottalmologia. Pavia. 1904.

Objaśnienie rycin.

Fig. 1. *Actinomyces radiatus,* nitki segmentowane ze sztucznej pożywki. Około 1100 razy powiększone.
Fig. 2. *Actinomyces radiatus,* nitki rozpadające się na »zarodniki«. Powiększone około 900 razy.
Fig. 3. *Actinomyces radiatus,* kiełkujące »zarodniki« w 48 godzin po wysianiu w kroplę wiszącą. Powiększone około 800 razy.
Fig. 4. *Actinomyces radiatus*, zakończenia nitek z płynnej surowicy krwi. Około 900 razy powiększone.
Fig. 5. *Actinomyces radiatus,* młoda kultura agarowa. Słabo powiększona.
Fig. 6. *Actinomyces radiatus*, stara kultura na agarze z białym nalotem nitek ulegających fragmentacyi. Słabo powiększone.
Fig. 7. *Actinomyces cerebriformis*, nitki rozpadające się na »zarodniki«. Powiększone około 700 razy.
Fig. 8. *Actinomyces cerebriformis*, kultura na agarze. Słabo powiększona.
Fig. 9. *Actinomyces cerebriformis,* kultura na agarze. Słabo powiększona.

II. STRESZCZENIA.

Archiv für Augenheilkunde. T. LXIV. Z. 1. (Referent Dr Bałaban).

O wrodzonym kretynizmie połączonym ze ślepotą, wraz z opisem anatomicznym przypadku typu Tay-Sachs. (Über die familiäre amaurotische Idiotie mit anatomischem Befund eines Falles vom Typus Tay-Sachs). Dr Schuster.

Wobec rzadkości drobnowidowych badań takich ócz, ogłasza autor przypadek z dokładnym opisem zmian w siatkówce i układzie nerwowym. Przedewszystkiem daje on przegląd przypadków

podobnych, powikłanych ze ślepotą i idyotyzmem i ustanawia pięć typów takich zaburzeń, opisując równocześnie objawy kliniczne. Badanie drobnowidowe wybitnych typów wykazuje schorzenie warstwy zwojowej bez zaburzeń w naczyniach krwionośnych. W poszczególnej komórce zwojowej daje się spostrzegać nadęcie, przemieszczenie jądra, przemieszczenie włókien i rozpad tkanki.

W przypadku opisanym przez autora chodziło o dziecko żydowskie, które zachorowało w 8-m miesiącu i umarło wśród objawów porażennych, oślepnięcia i zidyocenia. Badanie drobnowidowe obu gałek wykazało zupełnie prawidłową naczyniówkę i prawidłowe naczynia siatkówki. Warstwa barwikowa siatkówki była dobrze utrzymaną, w żółtej plamce była tkanka siatkówki rozmiękłą. Największe zmiany były w wewnętrznej warstwie ziarnistej i w warstwie zwojowej. Wszystkie komórki zwojowe były schorzałe i powiększone. Jądro było w tych komórkach umieszczone przy brzegu. Warstwa włókien nerwowych była zupełnie zanikłą. Te same zmiany dały się wykazać w środkowym systemie nerwowym. Zmiany w plamce żółtej były spowodowane albo obrzękiem albo zmętnieniem komórek zwojowych.

Schorzenie nerwów wzrokowych przy chorobach tylnych jam bocznych nosowych. (Sehnervenerkrankung bei Erkrankung der hinteren Nebenhöhlen der Nase). Van der Hoeve.

Wedle badań Onodiego, przebieg nerwu wzrokowego w stosunku do położenia bocznych tylnych jam nosowych bywa bardzo różnorakim. Jest rzeczą udowodnioną, że zapalenie tylnych komórek sitowych powoduje rychlej pewnego rodzaju zaburzenia w nerwie wzrokowym, aniżeli zapalenie jamy klinowej, a to dla tego, że przegroda zatoki sitowej jest bardzo cienka, przegroda zaś jamy klinowej jest 1—12 mm grubą. Schorzenie nerwu wzrokowego występuje pod postacią pozagałkowego zapalenia nerwu, które bywa spowodowane najprawdopodobniej t. zw. obrzękiem toksycznym (Birch-Hirschfeld). Po uskutecznieniu odpowiedniej operacyi nosowej obrzęk ten zazwyczaj znika, a im rychlej przedsiębierze się zabieg operacyjny, tem lepszy jest wynik. Autor opisuje następnie przypadek, w którym przeprowadzona obustronnie operacya w jamie nosowej dała wynik korzystny tylko na nerwie jednym, podczas gdy nerw drugi wskutek silniejszego ucisku był już w zaniku. Co do rokowania, to jest rzeczą bardzo ważną rozpoznać to zaburzenie już w bardzo wczesnym okresie powstania i to przed pojawieniem się środkowego braku na barwy w polu widzenia. Obwód pola widzenia bywa niezmienionym.

Kilka nowych objawów widzenia oczu niezbornych i oczu prawidłowych i wytłumaczenie powstania tych objawów. (Einige neue Erscheinungen über das Sehen der astigmatischen und normalen Augen und ihre Erklärung). Dr La Rosa.

Jeżeli spostrzega się jakiś przedmiot z pewnej odległości, przyczem nachyli się głowę w ten sposób, że obie osie widzenia stoją prostopadle, to spostrzegany przedmiot wydaje się niższym, dalej położonym i szerszym. Objaw ten daje się wytłumaczyć niezbornością rogówki i staje się tembardziej wyraźnym, im więcej jest oko niezbornem. Przy poprawie niezborności oka szkłami objaw ten traci na wyrazistości Zwiększenie się oddalenia przedmiotu tłumaczy autor zmienioną oryentacyą, a także niedokładnem widzeniem szczegółów przy zmienionem położeniu południka. Rozszerzenie przedmiotu tłumaczy się tem, że oko niezborne może akomodować tylko w jednej płaszczyźnie ogniskowej.

O podspojówkowych zastrzykiwaniach perhydroliny i o ich stosowaniu do doświadczalnych i anatomicznych przedstawień przedostawania się płynów zastrzykniętych pod spojówkę. (Über subconjunctivale Perhydrolininjectionen und ihre Verwendung zur experimentellen und anatomischen Darstellung des Ausbreitungsweges subconjunctivaler Einspritzungen). Dr Krusius.

Zachęcony insuflacyą powietrza przy gruźlicy do przedniej komory, robił autor doświadczenia na zwierzętach, chcąc się przekonać czy wprowadzenie tlenu wywiera jaki wpływ na tkankę, na krew i na ciecz wodną.

W tym celu zastrzykiwano pod spojówkę gałkową 0·1—0·5 cm³ roztworu perhydrolu. Wskutek tego zabiegu obrzękała spojówka około rogówki, na brzegu rogówki zaś pojawiały się delikatne zmętnienia. W przedniej komorze występowały małe pęcherzyki gazowe wychodzące z kącika przedniej komory. Część tych pęcherzyków była umiejscowioną także na powierzchni tęczówki. Jeżeli perhydrol zastrzyknięto wgłąb ciałka szklistego, to w ciałku szklistem pojawiały się pęcherzyki. Drobnowidowe badania gałek ocznych robiono najpóźniej w 20 minut po zastrzykiwaniu, gdyż gałki oczne bardzo rychło zanikały. Badanie wykazywało przesiąknięcie całej tkanki podspojówkowej delikatnymi pęcherzykami. Pęcherzyki wypełniają także tkankę tęczówki, przez co tęczówka jest silnie wydętą. Granica rogówko-twardówkowa jest przesiąkniętą pęcherzykami gazu. Doświadczenia pouczają, że zastrzyknięty pod spojówkę gaz przedostaje się wprost przez granicę rogówko-twardówkową do tkanki tęczówki, a stąd do przedniej i tylnej komory ocznej.

Do poznania niektórych podmiotowych wrażeń w widzeniu. (Zur Kenntnis einiger subjectiver Gesichtserscheinungen). Dr Brückner.

1. Wśródgałkowe pojawienie się punkcików.

Po obudzeniu się otwiera autor oczy przez 10—15″, które następnie rękoma przykrywa. Po 2—3″ występują w całem polu widzenia bardzo małe i lśniące punkciki, które są bezbarwne lub też blado-żółtawe. Punkciki te znikają czasowo, to znowu się pojawiają. Punkciki te pojawiają się także przy oglądaniu nieba przy dziennem świetle. Autor sądzi, że siedlisko tej zmiany znajduje się w słupkach.

2. Objaw świetlny akomodacyjny.

Przy nastawianiu oka z pobliża na kres daleki daje się spostrzegać w chwili zwolnienia akomodacyi jasny pierścień znajdujący się na obwodzie pola widzenia. Objaw ten jest bardzo dokładnym przy tylko krótkiej adaptacyi w ciemności i daje się kilkakrotnie wywołać. W przeciwieństwie od innych autorów (Purkinje i Czermak) mógł autor objaw ten wywołać także przy nastawianiu oka na kres w pobliżu.

3. Objawy świetlne przy poruszeniu gałki ocznej.

Przy bocznych poruszeniach ócz w ciemności spostrzegał Purkinje objawy świetlne. Objawy te pojawiały się przy możliwie szybkich zwrotach gałki ocznej, przyczem autor robiąc te doświadczenia odczuwał ból w oczach. Podobne objawy dawały się wywołać przy prostopadłych zwrotach gałki ocznej, przyczem powstają dwa półkola i jasne linie kołowe po bokach i to tak, że przy zwrocie gałki ocznej na lewo uwidacznia się prawe półkole i przeciwnie. Akomodacya nie odgrywa przytem żadnej roli. Przyczyny tego zjawiska szukać należy w pociąganiu twardówki przez mięśnie oczne.

4. Wśródgałkowo widoczny objaw świetlny tętnienia naczyń siatkówki.

Współcześnie z pulsem tętniczym przy fizycznem zmęczeniu pojawiają się w pewnych miejscach pola widzenia cienie o krótkiem trwaniu. To samo przy miernym ucisku na gałkę oczną bez fizycznego zmęczenia dają się także cienie spostrzegać. Przy oku otwartem występują one w postaci cieni na jasnem tle, a także w ciemności jako jasne linie. Skoro ucisk trwa dłużej, to cienie stają się coraz bardziej niedokładne. Ponieważ jasne linie dają się spostrzegać także bez działania światła, to należy wykluczyć w tym wypadku ujemny obraz następowy, a objaw ten

tłumaczyć jako powstały wskutek drażnienia ścian naczyń, które to drażnienie przenosi się następnie na warstwę czułą na światło. Jasne linie odpowiadają tętnicom. Postać cieni da się wytłumaczyć w dwojaki sposób. Wskutek nadmiaru krwi w naczyniach twardnieje warstwa wchłaniająca światło i powstaje zwiększone wchłanianie światła wpadającego w oko, lub też na powierzchni naczynia przychodzi do odbicia się światła, przyczem światło wpada na inne części siatkówki.

5. **Ujemny obraz następowy rysunku naczyniówki.** Henryk Müller ustalił na rysunku Purkiniego na siatkówce jasne obramienia cienia i uznał ten objaw jako obraz następowy. Przez poruszanie źródła świetlnego można jasny obraz następowy od cienia zupełnie odłączyć. Jeżeli się trzyma lampę Sachsa na oku, którego powieka jest zamkniętą i oko w ten sposób się prześwietla, to rysunek naczyniówki można dokładnie spostrzegać. Przy silnem świetle można także widzieć dokładnie jasne obramienia cieni, a obramienia te znikają przy zmniejszającej się sile świetlnej.

6. **Wśródgałkowy odruch plamki żółtej.** Jeżeli się prześwietla gałkę oczną przez zamknięte powieki lampą Sachsa to daje się spostrzegać przy poruszeniach źródła świetlnego jasna tarcza, która powstała z maleńkich złocistych punkcików. Przy przesuwaniu źródła świetlnego zmieniają te punkciki swe położenie w znaczeniu odwrotnem. Przy objawie tym rozchodzi się o odbicie promieni świetlnych, które zdążają wprost do warstwy czopków.

Graefe's Archiv für Ophthalm. R. 1909. T. LXXII. Z. 2 i 3. (Referent Dr T. Kleczkowski).

Do histologii conjunctivitis gonorrhoica. (Zur Histologie der Conjunctivitis gonorrhoica). E. Waldstein — Praga.

Na podstawie badania histologicznego 15-stu przypadków *conj. gonorrhoica* w różnych okresach (od 2-go do 60-go dnia powstania ropienia u noworodków i ludzi dorosłych) stwierdza autor, że zapalenie spojówki ogranicza się jedynie do powierzchownych warstw. Gonokokki leżały głównie śródkomórkowo w górnych i środkowych częściach nabłonka i dopiero po jego zniszczeniu i strąceniu wnikały głębiej w tkankę. Pierwsze dwa tygodnie odznaczają się szczególnie zniszczeniem nabłonka, a dopiero z końcem dru-

giego tygodnia przychodzi do jego regeneracyi, przyczem nabłonek zaczyna wrastać w głąb, w postaci pasów, przypominających swoją budową przekrój podłużny gruczołów. Naciek warstwy adenoidalnej i graniczącej z nią tkanki łącznej, składa się przeważnie z komórek plazmatycznych, obficie dzielących się drogą podziału wprost. Ilość komórek tucznych zwiększa się dopiero w późniejszych okresach. Komórki eozynofilne nie odgrywają żadnej roli. Tkanka łączna tak, jak mało ulega zniszczeniu, tak również mało później przerasta. Włókna elastyczne nie ulegają żadnej zmianie. *Gonorrhoea adultorum* nie różni się histologicznie niczem od *conj. neonatorum.* Na podstawie zbadania dwóch przypadków *conj.* wywołanej przez *micrococcus catarrhalis* stwierdził W., że w tego rodzaju zapaleniu, nabłonek w mniejszym stopniu ulega zniszczeniu i, że drobnoustroje jeszcze bardziej powierzchownie są usadowione.

O leczniczej wartości surowicy Deutschmanna. (Über den therapeutischen Wert von Deutschmanns Serum). Prof. Hippel — Getynga.

Autor stosował surowicę D. w 39 przyp. *ulcus serpens*, wstrzykując 2 cm³, a dochodząc do 4 cm³ surowicy. W 20-u przypadkach, po skończonem leczeniu V = 0·1 – 0·7, w 7-u przyp. V = plc 1—5 m, w 9 przyp. pozostało jedynie poczucie światła, w 1 przyp. przyszło do *phthisis anterior*, a w 2 przyp. musiano wykonać wypaproszenie gałki. Z tych trzech ostatnich przypadków w dwóch chorzy zgłosili się z rogówką całkowicie już wrzodem zajętą, w trzecim leczenie rzeczywiście pozostało bez wpływu. W 5 przyp. wrzodów zakaźnych nie należących do grupy *ulcus serp.*, wyleczenie było z zachowaniem bystrości wzrokowej. Szczególnie dobre wyniki lecznicze otrzymał autor w przyp. *iritis plastica*, bo we wszystkich (6 przyp. *iridocyclitis* bez znanej przyczyny, 9 przyp. w następstwie skaleczenia gałki i po operacyi) chorzy zachowali bystrość wzrokową. Surowica okazała się bezskuteczną przy *uveitis serosa* i zakażeniu c. szklistego po zranieniach gałki. Czyby może w tych przypadkach podawanie większych ilości surowicy (6—8 cm³) było skutecznem, pozostawia H. bez odpowiedzi.

O „subconjunctivitis epibulbaris gonorrhoica". (Über Subconjunctivitis epibulbaris gonorrhoica). C. F. Heerfordt — Kopenhaga.

Na 23 przypadków *subconj. gonorrh.* natury endogenetycznej, w 17 razach wiewiór powikłany był zapaleniem stawów odnóży dolnych. Ponieważ H. ani w wydzielinie spojówkowej, ani w spo-

jówce samej na skrawkach nie mógł stwierdzić obecności gonokokków, sądzi, że tak jak zapalenie stawów w tych razach, tak również *conj.* na tem tle powstała, nie zależy od zadziałania samych drobnoustrojów, ale jedynie tylko ich jadów. Klinicznie charakteryzuje się *conj. gonorr. endogenetica* tem, że zapalenie umiejscawia się w tkance śluzowej i podśluzowej spojówki gałki ocznej. Spojówka powiek i załamków była prawidłowa. Wydzielina jest śluzowo surowicza i była tem obfitsza, im zapalenie było bardziej powierzchownie umiejscowione. Drugą postacią *conj. gonorrh.* było wytwarzanie się (w 5 przyp.) typowych flikten. Przebieg schorzenia jest co do nasilenia objawów klinicznych zmienny, a rokowania pomyślne. W $^1/_3$ części przyp. przyszło do zapalenia rogówki. Czas trwania choroby tak długi, jak długo trwa *urethritis*. Do leczenia używał autor maści Pagenstechera, w razie zaś większej wydzieliny *argent. nitr.* $^1/_4{}^0/_0$ do wkraplania bez neutralizacyi.

Doświadczalne badania nad stosunkiem przedniego wzgórka czworaczego do odruchu źrenicy. (Experimental-Untersuchungen über die Beziehungen des vorderen Vierhügels zum Pupillarreflex). G. Levinsohn — Berlin.

Zniszczenie przedniego wzgórka czworaczego u małp i królików pozostawało bez wpływu na odruch źreniczny. Bezpośrednio po operacyi występującą anizokoryę, polegającą na zwężeniu lub rozszerzeniu źrenicy po stronie operacyi położonej, uważa L. za objaw podrażnienia w następstwie operacyi (zwężenie się źrenicy) lub zniszczenie (rozszerzenie) włókien źrenicznych odśrodkowo biegnących, a przebiegających w blizkiem otoczeniu wzgórka czworaczego. Doświadczenia autora następowo stwierdziły, że przebieg włókien źrenicznych dośrodkowych jest znany jedynie tylko do *corp. geniculatum externum*, a dalszy ich przebieg i łączność ich następowa z jądrem nerwu okoruchowego nie jest znaną.

Bielma i pasmowe zmętnienie rogówki. (Leukome und bandförmige Hornhauttrübung). W. Gilbert — Bonn.

Histologiczne badania autora stwierdziły w bielmie i pasmowatem zmętnieniu rogówki, obecność niteczek spiralnych, które, ponieważ nie dały się zabarwić specyficznymi sposobami barwienia na włókna elastyczne, nie należy uważać, jak to sądził Sachsalber, za włókna elastyczne, ale za hyalinowo zwyrodniałe wytwory koagulacyi białka. Z następowego rozpadu tych włókien powstają w bliznach rogówkowych małe ziarniste złogi hyaliny. Zwapnienie spotykane w bliznach, uważa G. za przemianę wtórną tkanki poprzednio hyalinowo zwyrodniałej. Dawniejsze twierdzenie autorów,

jakoby bielma zwyrodniałe hyalinowo, przybierały barwę żółtą, jest niesłuszne, bo sprzeciwiają się temu wyniki badań histologicznych autora, który stwierdził, że bielma żółte często zupełnie hyalinowo nie były zwyrodniałe. Klinicznie więc, zwyrodnienia rozpoznać nie można.

Przyczynowość i zapobieganie pooperacyjnym zapaleniom oka. (Die Aetiologie und Prophylaxe der postoperativen Augenentzündungen). A. Elschnig i H. Ulbrich — Praga.

Zapalenia pooperacyjne dzielą autorzy na dwie grupy przypadków, a mianowicie na zapalenia, w których przyszło do ciężkiej *iridocyclitis* lub ropienia brzegów rany pooperacyjnej i na przypadki nieropnych, lekkich zapaleń tęczówki. Pierwsza grupa przypadków została wywołana zakażeniem streptokokkami w szerszem tego słowa znaczeniu (autorzy dzielą streptokokki w myśl Axenfelda na streptokokki w ścisłem znaczeniu i na pneumokokki, czyli, że streptokokkami są wszystkie drobnoustroje, które mają postać diplokokków i mają skłonność układania się w płynnej kulturze w łańcuszki). Druga grupa zapaleń nie jest wywołana drobnoustrojami. Czynnikiem wywołującym zapalenie jest uraz operacyjny (zgniecenie kawałka tęczówki, prowadzące następowo do jej obumarcia), z drugiej zaś strony resztki zaćmionej soczewki działające na tęczówkę tak mechanicznie, jak też i chemicznie. Najlepszym sposobem zapobiegania powstaniu zapaleń pooperacyjnych jest badanie bakteryologiczne worka spojówkowego przed operacyą. Operować należy tylko wtedy, gdy streptokokków wykazać nie było można. Co do samego badania, zwracają autorzy uwagę na to, by używać pożywek płynnych ($^1/_3$ część surowicy $+$ $^2/_3$ bulionu), bo używając pożywek stałych łatwo bardzo jest kolonie przeoczyć i ażeby dużo wydzieliny, a więc nie pętlą, ale pipetą na pożywki przeszczepiać. Używając płynnych pożywek przekonali się autorzy, że w $30^0/_0$ przyp. w prawidłowej spojówce znajdowały się streptokokki. Zapalenie pooperacyjne jest w znacznej większości przypadków następstwem dostania się drobnoustrojów z worka spojówkowego, a tylko w wyjątkowych przypadkach jest spowodowane bakteryemią. (Angina!).

O wytwarzaniu się wrzodów na tylnej powierzchni rogówki. (Über Geschwürsbildung auf der Hornhauthinterfläche). J. Meller — Wiedeń.

Autor badając drobnowidowo gałkę oczną dziecka, u którego przyszło do zapalenia ropnego śródgałkowego po skaleczeniu, zauważył obecność wrzodu tylnej powierzchni rogówki. Dwie są mo-

żliwości, według autora, tłumaczące powstanie takiego wrzodu. Albo z powodu wysięku ropnego znajdującego się w przedniej komorze przyszło drogą histolizy do zniszczenia śródbłonka rogówki, nadżarcia błony Descemeta w następstwie czego, leukocyty miały wstęp wolny do miąższu rogówkowego, — albo wrzód jest następstwem bezpośredniem zakażenia drobnoustrojami, znajdującemi się w ropie w przedniej komorze. Przypadek autora różni się od t. zw. tylnego ropnia rogówki przy wrzodach powierzchownych rogówki, podczas gdy bowiem wysięk w komorze przedniej jest w przypadkach ropnia tylnego rogówki jałowy, to w przyp. autora zawierał liczne gram + diplokokki. Naciek po ropniu tylnym jest równomierny, podczas gdy w danym przypadku stwierdzono trzy warstwy ściśle dające się odgraniczyć (warstwa wewn. największego nacieku, warstwa środkowa nekrotyczna i warstwa zewnętrzna nacieku odgraniczającego warstwę środkową od zdrowych części rogówki). Stwierdzenie tych warstw przemawia przeciw histolizie, a według autora pozwala sądzić, że wrzód wewn. rogówki jest natury bakteryjnej.

Czy zanik nerwu wzrokowego przy tabes jest następstwem schorzenia zwojów, czy włókien nerwowych?

(Rührt die Optikusatrophie durch Tabes von einem Leiden der Ganglienzellen oder der Nervenfasern her?). H. Rönne — Kopenhaga.

Już dawniej wykazał autor, że w pewnych schorzeniach oka, a głównie w jaskrze, pole widzenia posiada znamienną postać, polegającą na tem, że granica pola widzenia przebiega na pewnej przestrzeni wzdłuż południka poziomego po stronie nosa. Granica ta odpowiada południkowi poziomemu siatkówki po stronie skroniowej, w którym to spotykają się włókna nerwowe nerwu wzrokowego, okrążywszy poprzednio w swym przebiegu od góry i dołu łukowato punkt środkowy. Objawu tego można użyć do rozpoznawania różniczkowego, czy schorzenie jest umiejscowione we włóknach nerwowych, czy też w zwojach. Badanie pola widzenia przy zaniku nerwu wzrokowego przy wiądzie wykazało, że nerw wzrokowy ulega zanikowi pęczkami. Najczęściej ulegają zanikowi włókna ku stronie nosa przebiegające, w następstwie czego występuje ubytek w polu widzenia po stronie skroni. Rzadziej ulegają zanikowi włókna ku skroni przebiegające, wtedy pole widzenia podobne jest do spotykanego w jaskrze. Schorzenia tego rodzaju muszą być pierwotnem schorzeniem włókien nerwowych, a nie zwojów nerwowych.

Dalsze badania nad znaczeniem szybkości z jaką zlewają się barwy dla rozpoznawania schorzeń dna oka. (Weitere Untersuchungen über die Bedeutung der Verschmelzungsfrequenz für die Diagnose von Augenhintergrundserkrankungen). R. Hessberg — Wrocław.

Badania autora wykazały, że we wielu schorzeniach dna oka mniejszej potrzeba szybkości w obracaniu tarczy dwubarwnych, aby było można otrzymać wrażenie tylko jednej barwy, aniżeli w przypadkach o prawidłowem dnie oka. Różnice jednak są niezbyt wielkie, a na podstawie objawu tego, nie można schorzeń dna oka podzielić na pewne grupy, jak to czyni Markow. Nieznaczna też jest różnica w przypadkach, w których badano zachowanie się tego objawu przed wyrównaniem i po wyrównaniu wad łamliwości oka. Najmniejszej szybkości w obrocie tarcz barwnych potrzeba było w przypadkach wrodzonej ślepoty na barwy.

Przypadek sparzenia wapnem oka z jaskrą następową. (Ein Fall von Kalkverätzung des Auges mit nachfolgendem Glaukom). M. Zade — Jena.

Do jaskry następowej w przypadku autora przyszło, jak to badanie drobnowidowe wykazało, w następstwie zatkania kątów komory przedniej oka spowodowanego zapaleniem odczynowem, plastycznem, wywołanem sparzeniem wapnem spojówki gałki i rogówki.

Münchener med. Wochenschr. R. 1909. Nr 38, 42, 44, 46, 47, 48 i 51. (Ref. Dr E. Rosenhauch).

Badania nad ciałkami Prowazka, spotykanemi w jaglicy i ich znaczenie rozpoznawcze. (Untersuchungen über die von Prowazek bei Trachom gefundenen Körperchen und ihren diagnostischen Wert). Gruter.

Autor badał 50 przypadków jaglicy i wielką liczbę częścią przewlekłych, częścią ostrych nieżytów folikularnych, kilka nieżytów wiosennych, kilka innych schorzeń spojówkowych i zdrowych spojówek. Autor nie mógł potwierdzić wyniku badań, jakie przeprowadził Lodato i Addario, którzy to autorowie stwierdzili ciała Prowazka w spojówce dotkniętej nieżytem wiosennym. Na podstawie swych badań dochodzi G. do wniosku, że napewno możemy rozpoznać jaglicę, jeśli w komórkach nabłonka spojówkowego stwierdzimy ciałka Prowazka. Wynik ujemny nie wyklucza jaglicy.

O zaniewidzeniu podczas ciąży. (Über Amaurose in der Schwangerschaft). Himmelheber.

U kobiety dotąd zupełnie zdrowej występuje w piątym miesiącu siódmej ciąży zaostrzenie chronicznego zapalenia nerek (przerost serca, zaakcentowanie drugiego tonu nad aortą). Wśród objawów uremii, bólów głowy, zawrotów, wymiotów, zmniejszenia ilości moczu, występuje nagle zupełne zaniewidzenie. Przedtem już przez jakiś czas wzrok stopniowo coraz bardziej się pogarszał. Wziernikiem stwierdzono, obok silnej tarczy zastoinowej i krwotoków siatkówkowych obszerne odczepienie siatkówki w obu oczach. Po sztucznie wywołanem poronieniu i zabiegach, które miały na celu obniżenie ciśnienia wśródczaszkowego (trepanacya, punkcya lędźwiowa) ustępuje odczepienie siatkówki po kilku dniach w zupełności, zaniewidzenie jednakże pozostaje, z powodu zaniku nerwów wzrokowych. Zdaniem autora chora za późno się zgłosiła. Autor zwraca uwagę, żeby nie zwlekać z trepanacyą, jeśli przerwanie ciąży spodziewanej poprawy nie przynosi.

O guzie mózgowym wewnątrzkomorowym ze zniesieniem odruchu rogówkowego. (Ueber einen intraventrikulären Gehirntumor mit Areflexie der Kornea). Rossbach.

U 18-letniego parobka dotąd zdrowego wystąpiły silne bóle głowy i upośledzenie wzroku oka prawego, wymioty.

Badanie wykazało skórę twarzy zwłaszcza w okolicy łuków brwiowych jakby obrzmiałą, źrenice nieco szersze, oddziaływające na światło i akomodacyę, obustronną tarcz zastoinową (6 D). Ruchy gałki prawidłowe, odruch rogówkowy po prawej stronie wzmożony, po lewej znacznie zmniejszony. Analgezya i anestezya w średniej i górnej gałęzi nerwu trójdzielnego. Sekcya wykazała guz wielkości jaja kurzego, w prawej półkuli mózgowej, a badaniem drobnowidowem stwierdzono utkanie mięsaka naczyniowego Ten i podobne przypadki uczą, zdaniem autora, że zniesienie odruchu rogówkowego nie jest pewną oznaką usadowienia nowotworu w tylnem zagłębieniu czaszkowem i że objawów podobnych tylko z wielką ostrożnością można używać do rozpoznawania umiejscawiającego.

Doświadczenia na rosnącem oku. (Ueber Versuche am wachsenden Auge). Wessely.

Autor wykonał szereg doświadczeń na oczach nowonarodzonych królików, aby się przekonać, jaki wpływ na oko mają zabiegi wykonywane przeciw jaskrze (*iridectomia*, *iridencleisis*, *sclerotomia*). Gałki, na których wykonano irydektomię lub sklerotomię,

były po roku mniejsze, te zaś, na których wykonano irydenkleisis, były mniejsze od gałek prawidłowych. Dalej mógł się autor przekonać, że u królików, u których w drugim tygodniu życia wykonano irydektomię powstawały z czasem ubytki *(coloboma)* soczewki, zdaje się z powodu przerwania podczas zabiegu operacyjnego nitek Zinna. U królików, którym przecięto torebkę soczewkową prawie z reguły przychodziło do odtworzenia miąższu soczewkowego, a o ile soczewka nowowytworzona była mniejszą od prawidłowej, pociągało to za sobą powolniejszy wzrost całej gałki *(microphtalmus)*. Po dyscyzyi, o ile masy soczewkowe dostają się do przedniej komory i uciskają na kąt komorowy, powstaje jaskra i w ślad za tem z czasem znaczne powiększenie oka. Temu nadmiernemu powiększeniu gałki *(buphthalmus)* można zapobiedz choćby największą ale dobrzeżną irydektomią. Po przecięciu wszystkich mięśni prostych gałka podczas wzrostu się wydłuża, a po upływie dwóch miesięcy mógł autor stwierdzić zmianę refrakcyi wynoszącą 3 D w kierunku krótkowidztwa. Po przecięciu tylko mięśnia prostego górnego i dolnego powstawała niezborność rogówki = 3—3½ D, przyczem południk pionowy był silniej łamiącym.

O wazelinie tuberkulinowej do wywoływania odczynu spojówkowego — modyfikacya odczynu spojówkowego dla praktyki. (Ueber Tuberkulinvaseline zur Anstellung der Konjunctivalreaktion, eine Modifikation der Konjunctivalprobe für die Praxis). Wolff-Eisner.

Autor używa 1% lub 2% wazeliny tuberkulinowej *(Alttuberculin)*, która przez tygodnie zachowuje swoje działanie i pozostaje jałową. Zapomocą pręcika szklanego odrobinę tej wazeliny wprowadza do worka spojówkowego i wmasowuje ją w spojówkę dolnej powiek. Odczyn, jaki występuje po tym zabiegu, nie różni się niczem od odczynu po wkropleniu roztworów płynnych tuberkuliny. W końcu artykułu podaje autor kilka zbiorowych uwag tyczących się stosowania odczynu spojówkowego w praktyce.

O wartości nowych środków przeciw rzeżączce spojówki i o konieczności ich ogólnego wprowadzania. (Ueber den Wert neuerer Massregeln gegen die Bindehaut gonorrhoe der Neugeborenen und die Notwendigkeit ihrer allgemeinen Einführung). Herff.

Na podstawie bardzo obszernego materyału dochodzi autor do wniosków, że należy wprowadzić przymusowe stosowanie zakraplania oczu noworodków według Credégo zapomocą roztworu sofolu, w zakładach u wszystkich dzieci, w praktyce prywatnej

tylko dla nieślubnych, dla ślubnych zaś tylko warunkowo. Liczbę późnych zakażeń należy zmiejszać przez dobitne często powtarzane pouczanie o niebezpieczeństwie zakażenia zapomocą upławów podczas połogu. Ponieważ takie uwagi często zwłaszcza w prywatnej praktyce nie doprowadzają do pożądanych skutków, należy wprowadzić przymusowy obowiązek natychmiastowego doniesienia władzom sanitarnym, ażeby chore dzieci jak najszybciej dostały się w należytą opiekę lekarską. Tylko w ten sposób można, zdaniem autora, liczbę ociemniałych z powodu rzeżączki spojówki obniżyć do pewnego minimum. Autor używa do wkraplania 5% roztworu sofolu od szeregu lat. Na 6000 przypadków spostrzegał jedno wczesne zakażenie i jedno późne w 9-m dniu u dziecka nieślubnego. Zdaniem autora powinno się wprowadzić środek ten do praktyki akuszerek zwłaszcza, że istnieją w handlu tabletki 0·25 lub 0·5 gramowe, z których bardzo łatwo niewielką ilość płynu sporządzić można.

O próbie tuberkulinowej z maścią Moro. (Ueber die Moro'sche Salbenprobe). W e i l.

Zdarza się często, że i lekarze specyaliści muszą stosować próbę tuberkulinową, celem stwierdzenia etyologii jakiegoś cierpienia. Autor na podstawie 65 badanych przypadków, dochodzi do wniosku, że próba M o r o w żadnym razie nie ustępuje ani odczynowi ocznemu C a l m e t t e'a, ani skórnemu P i r q u e t a, wyższa zaś jest od obu poprzednich, ponieważ jest zupełnie nieszkodliwą. Zdaniem autora, występuje odczyn dodatni po próbie M o r o w przypadkach pewnej gruźlicy. lub w takich, gdzie słusznie ją podejrzewamy. Na tej podstawie zaleca ją zwłaszcza w praktyce prywatnej, gdyż posiada trzy najważniejsze zalety: łatwość stosowania, nieszkodliwość i niezawodność.

O sztucznem uczulaniu spojówki. (Über künstliche Anaphylaxie der Bindehaut). M a r z o r a t i i T e r l i n c k.

U chorych, u których klinicznie nie można było gruźlicy wykazać, i u których wkroplenie tuberkuliny do worka spojówkowego nie wywołało odczynu, odczyn taki występuje po powtórnem wkropleniu. Ta nadczułość spojówki trwa, zdaniem autora, przeszło rok. Autorowie przypuszczają, że w spojówce występują pod wpływem wkroplenia zmiany mikroskopowe, że dalej spojówka uczula się wskutek resorbcyi przez organizm i dlatego druga próba wypada dodatnio. Można też po pierwszem wkropleniu tuberkuliny przez zakroplenie drugiego oka wywołać silny odczyn na obu spojówkach.

Ophthalmology. R. 1909. Vol. VI. nr 2. (Referent K. W. Majewski).

Studyum heteroforyi i heterotropii z uwzględnieniem zdolności pokonywania pryzmatów i amplitudy ruchów gałek ocznych. (A. Study of Heterophoria and Heterotropia in Duction and Version). Edward Lauder — Cleveland.

Do badania zaburzeń równowagi zewnętrznych mięśni ocznych (heteroforyi) oraz jawnego zeza (heterotropii) używa autor tropometru i pryzmatów. W artykule swym wykazuje potrzebę szczegółowego badania poszczególnych mięśni ocznych tak pod względem ich zdolności do skurczów samodzielnych zmierzających do utrzymania widzenia obuocznego *(the Duction)*, którą to zdolność mierzy się, jak wiadomo, siłą pokonywanych pryzmatów, jakoteż pod względem ich maksymalnej kurczliwości, która pozostaje w stosunku prostym do amplitudy ruchów każdej gałki ocznej z osobna *(the Version)*. Porównanie wzajemne tych stosunków ułatwia niejednokrotnie zrozumienie zawikłanych przypadków zaburzeń mięśniowych. Tak np. w razie ezoforyi lub egzoforyi takie wymierzenie siły poszczególnych mięśni prostych pouczy nas, na stronę którego oka przechyla się bardziej zaburzenie równowagi, czy zatem zachodzi t. zw. *dextrophoria* czy *sinistrophorla*, a tem samem dowiadujemy się, na którem oku należy się obawiać wystąpienia zeza jawnego. W przypadku znowu hyperforyi uwzględnienie wyżej zaznaczonych szczegółów wskaże nam, na którem oku mamy do czynienia z anaforyą, a na którem z kataforyą. Jeszcze większe znaczenie mają zalecane przez autora sposoby badania w przypadkach heterotropii, gdyż tu wyniki ich rozstrzygają częstokroć o wyborze sposobu operacyjnego. Autor ilustruje swe wywody szeregiem własnych spostrzeżeń.

Wymierzanie wielkości i oznaczanie położenia kąta α zapomocą zmodyfikowanego oftalmometru Javal'a i Schiötz'a. (Demonstration of the Size and Position of the Angle Alpha by a simple Modification of the Javal-Schiötz Ophthalmometer). Lucien Howe — Buffalo.

Kątem α nazywają okuliści, jak wiadomo, kąt, jaki tworzy oś widzenia, t. j. linia łącząca plamkę żółtą z przedmiotem oglądanym, — z optyczną czyli geometryczną osią gałki ocznej, przechodzącą przez środek rogówki, środek źrenicy i środek soczewki. Autor podaje sposób oznaczenia wielkosci tego kąta zapomocą oftalmometru Javal'a i Schiötz'a, z którego został usunięty po-

dwójnie załamujący pryzmat Wollastona. Tuż ponad lub poniżej wylotu tubusa umieszcza się małą lampkę elektryczną. Na jednej z figur przesuwalnych po łuku oftalmometru przymocowana jest mała kulka szklana. Gdy badany patrzy jednem okiem do otworu lunety, badający widzi dwa obrazki elektrycznej lampki: jeden mniejszy, silnie błyszczący, jest wytworzony przez przednią powierzchnię rogówki, drugi większy, ale blady powstaje działaniem tylnej powierzchni soczewki, jako zwierciadełka wklęsłego. Obrazka pochodzącego od przedniej powierzchni soczewki w tych warunkach dostrzedz nie można. Ponieważ lampka znajduje się ponad wylotem tubusa, zatem oba dostrzegalne obrazki nie nakrywają się wzajemnie, lecz jeden stoi ponad drugim, ale rozstęp ten nie jest ściśle pionowy lecz skośny, położenie ich bowiem odpowiada optycznej osi oka badanego, podczas gdy oko to zwrócone jest ku lunecie oftalmometru swoją osią widzenia. Jeśli się teraz poleci osobie badanej zwrócić spojrzenie na kulkę szklaną, którą się po łuku od środka zwolna posuwa, wtedy dojdzie się do takiego punktu, w którym obrazek rogówkowy i soczewkowy ustawia się nad sobą na linii pionowej. W tej chwili oko badane zwrócone jest ku lunecie swoją osią optyczną, a ku kulce szklanej swoją osią widzenia. Kąt, jaki te dwie osie między sobą zamykają, czyli kąt a odczytujemy z ustawienia kulki szklanej na łuku oftalmometru.

Niezborność mieszana z osiami niekrzyżującemi się pod kątem prostym. (Mixed Astigmatism with Meridians of Astigmatism not crossing at Right Angles). Walter Pannel — New-York.

Autor opisuje przypadek niezborności mieszanej, gdzie oba główne południki astygmatyzmu stały na sobie pod kątem różniącym się o 10^0 od prostego. Zdarzało mu się już przedtem spotykać przypadki, gdzie kąt przecięcia się osi odbiegał nawet o 20^0 od prostego. Najczęściej spotyka się to nieprawidłowe ustawienie osi w przypadkach *ast. mixtus myopico-hypermetropicus.* Autor przypuszcza jednak, że i w przypadkach zwyczajnej niezborności złożonej *(ast. compositus myopicus vel hypermetropicus).* nieznaczne zboczenia od kąta prostego często się zdarzają. Z tego powodu w przypadkach takich szkła sferocylindryczne, których główne południki refrakcyjne muszą być do siebie ściśle prostopadłe, nie dają tak dobrych wyników korrekcyjnych, jak dające się pod każdym dowolnym kątem skrzyżować szkła bicylindryczne (a więc szkła szlifowane *à la Chamblant.* Przyp. ref.).

Nowy wziernik kieszonkowy. (A Pocket Ophthalmoscope). Herbert Clairborne — New-York.

Autor podaje opis obmyślonego przez siebie wziernika ocznego. Model ten ma tę praktyczną stronę, że mimo, iż posiada tarczę zaopatrzoną w pełną seryę soczewek wypukłych i wklęsłych i może służyć jako oftalmoskop refrakcyjny, podobnie jak np. wziernik Mortona, to jednak jest naprawdę kieszonkowy, bo złożony i wciśnięty w zgrabny futeralik skórzany, jest nie większy od małego zegarka.

Nowy skiaskop. (A new Skiascope). Cooke — Seattle.

Zmiana szkieł przed okiem badanem przy oznaczaniu refrakcyi zapomocą skiaskopii nastręcza zawsze pewne trudności. Wyjmowanie szkieł z kase.y okulistycznej i wkładanie ich w ramki okularów próbnych badanej osobie jest bardzo niedogodne i przedłuża badanie. To też obmyślono cały szereg urządzeń, aby ułatwić szybką zmianę soczewek przed okiem badanem. Autor wykazuje ujemne strony różnych do tego celu służących przyrządów i podaje opis urządzenia własnego pomysłu: na jednym końcu poziomego, wydrążonego wewnątrz pręta metalowego znajduje się skośnie przymocowany model, jakby wziernika ocznego typu Mortona, ale o rozmiarach znacznie powiększonych. Braknie oczywiście zwierciadła, które tu jest zbyteczne. Natomiast tarcz opatrzona jest wieńcem soczewek wypukłych i wklęsłych odpowiedniej wielkości. Soczewki te przesuwać można kolejno przed okiem badanem zapomocą transmisyi, obracając kółkiem zębatem, umieszczonem na drugim końcu poziomego pręta, gdzie zasiada badający. Na kółku tem może on też nie wstając ze swego miejsca odczytać numer szkła, jakie się w danej chwili znajduje przed okiem badanem. Przyrząd obliczony jest na potrzeby bardzo ścisłego oznaczania refrakcyi, bo następujące po sobie soczewki do $\pm$ 1,5 D wzrastają w sile o $^1/_8$ D, dalsze do $\pm$ 5,5 D o $^1/_4$ D, a pozostałe o $^1/_2$ D. Cały przyrząd utwierdzony jest na odpowiednim trójnożnym statywie i daje się w miarę potrzeby podnosić lub obniżać.

Przypadek przemijającego jednostronnego niedowidzenia, prawdopodobnie wskutek embolii w nerwie wzrokowym. (A Case of Temporary Monocular Amblyopia, possibly due to Embolus in the Optic Nerve). Howard Hansell — Filadelfia.

U młodej kobiety wystąpiło nagle podczas szycia silne zamglenie lewego oka. Badanie wykazało V = $^{20}/_{70}$, przedmiotowo jednak, ani zewnętrznie, ani w ośrodkach łamiących, ani na dnie,

nie okazywało oko żadnych zmian dostrzegalnych. Natomiast badanie ogólne wykryło *endocarditis chronica, insuffitientia mitralis*. Podano chorej rtęć w postaci wcierań i jod w dużych dawkach i wzrok w ciągu dni pięciu powrócił do stanu prawidłowego. Autor w pierwszym rzędzie wyklucza histeryę, nie było bowiem żadnych innych ogólnych ani miejscowych objawów tej choroby. Następnie wyklucza zapalenie nerwu pozagałkowe, brakło bowiem ubytku środkowego w polu widzenia. Toż samo wyklucza krwotok do pochewek nerwu wzrokowego i obrzęk tychże pochewek, wobec zupełnego braku zmian wziernikowych. Nareszcie wyklucza skurcz naczyń siatkówkowych, a za najprawdopodobniejszą przyczynę niedowidzenia uważa zator tętnicy środkowej siatkówki, który przesunął się następnie do jednej z bocznych gałęzi. Zmiany na zastawkach w sercu dostarczyły materyału embolicznego. (Przeciw temu rozpoznaniu autora przemawia: 1) brak znamiennych objawów wziernikowych; 2) niedowidzenie tylko częściowe zamiast zupełnej ślepoty jaka zazwyczaj występuje po zatkaniu pnia tętnicy siatkówkowej; 3) brak ubytku w polu widzenia w postaci wycinka, jaki pozostaje, jeżeli embolus dość wcześnie przesunie się do jednej z bocznych gałęzi O takim ubytku nie ma wzmianki w artykule. Przyp. ref.).

Niektóre spostrzeżenia kliniczne nad zapaleniem współczulnem. (Some Clinical Observations upon Sympathetic Ophthalmitis). Dunbar Roy — Atlanta.

Autor stara się znaleźć odpowiedź na dwa pytania, odnoszące się do postępowania leczniczego w przypadkach grożącego lub istniejącego już zapalenia współczulnego: 1) Czy wyjęcie oka wywołującego zapalenie sympatyczne w chwili, gdy oko drugie jest już niem w całej pełni zajęte, zapewnia jakiekolwiek realne korzyści, czyli innemi słowy, czy taka późna enukleacya wywiera jakikolwiek wpływ dodatni na przebieg i leczenie zapalenia oka drugiego. 2) Czy godzi się wyjmować oko zranione mimo, że posiada ono jeszcze względnie dobrą bystrość wzroku, dla zapobieżenia ewentualnemu zapaleniu współczulnemu drugiego oka, zupełnie zdrowego; czyli innemi słowy: co lepiej. czy zapewnić choremu zupełnie dobry wzrok na jednem tylko oku (przez enukleacyę zranionego), czy też pozostawić mu oba oczy z tem ryzykiem, że w danym razie oba będą miały bystrość mniej lub więcej obniżoną? Na pierwsze pytanie, tak na podstawie własnego doświadczenia, jakoteż w myśl zapatrywań przeważnej części praktyków, daje autor odpowiedź twierdzącą. Lepiej enukleować późno, lub nawet zapóźno, niż wcale nie, zwłaszcza jeżeli oko sympatyzujące

jest oślepłe. Enukleacya taka w żadnym wypadku szkody nie przyniesie, a praktyka poucza, że częstokroć wpływa pomyślnie na przebieg zapalenia sympatycznego. Na drugie pytanie odpowiedź bardzo trudna. Jeśli oko sympatyzujące widzi wypadkowo mimo doznanego urazu lepiej od oka drugiego, które okazuje jakiekolwiek zmiany niezależne od wypadku, wątpliwości nie ulega, że enukleacya jest przeciwskazana. Oko to nawet jeśli wywoła sympatyę, będzie zawsze ratowało chorego przed zupełną ślepotą. Tu jednak chodzi o przypadki, gdzie oko drugie jest zdrowe i ma bystrość prawidłową. Autor przechyla się raczej do zapatrywania, że jeśli rodzaj zranienia, umiejscowienie rany, w danym razie usadowienie ciała obcego jest tego rodzaju, że zachodzi prawdopodobieństwo zapalenia sympatycznego, które może zupełnie zniszczyć wzrok drugiego oka, to lepiej już poświęcić oko uszkodzone, choćby jeszcze widzące, byle tylko w ten sposób zabezpieczyć chorego stanowczo przed utratą drugiego oka o pełnej bystrości. Przyznać jednak trzeba, że takie postąpienie podlega jeszcze dyskusyi i że w każdym takim przypadku należy z wielką przezornością rozważyć wszelkie *pro* i *contra* i, nie spieszyć się zbytnio z enukleacyą, odkładając ją do chwili wystąpienia objawów zwiastujących zbliżanie się zapalenia współczulnego.

W drugiej części swej pracy podaje autor wyniki swych badań histologicznych, które potwierdzają zdanie wypowiedziane przez Fuchsa, że właściwem znamieniem anatomicznem zapalenia współczulnego jest nie zapalenie plastyczne *(uveitis plastica)*, lecz raczej bujanie pewnych tkanek *(uveitis formativa)* np. bujanie przyblonków, które spotyka się zarówno w oku sympatyzującem jak i sympatyzowanem. To, że równocześnie widuje się różne inne typy nacieków i stanów zapalnych, nie osłabia bynajmniej tego twierdzenia, albowiem przy zranieniu oka sympatyzującego dostać się mogą oprócz hypotetycznego zarazka wywołującego zapalenie współczulne, także różne inne drobnoustroje, mamy zatem do czynienia z zakażeniem mieszanem, które wpływa na zmianę obrazu anatomicznego.

Widoczny ruch krwi w naczyniach siatkówki. (Visible Movement of Blood in Retinal Vessels). Nagel — San Francisco.

Tylko w rzadkich wypadkach mamy sposobność przy pomocy oftalmoskopu naocznie śledzić ruch krwi w tętnicach i żyłach siatkówki. Pierwsze spostrzeżenia tego rodzaju ogłosili: Jäger, Liebreich i Graefe w przypadkach miejscowych zmian ocznych jak oderwanie siatkówki, zapalenie nerwu wzrokowego etc. Graefe widział objaw ten kilkakrotnie w *stadium asphycticum*

cholery. Później ogłoszono już większy szereg spostrzeżeń znamiennego rozbicia krwi w rozgałęzieniach tętnicy siatkówkowej na krótkie słupki posuwające się i zatrzymujące kolejno współcześnie z fazami kurczów serca. Objaw ten tłumaczono utrudnieniem krążenia z powodu częściowego zatoru pnia tętnicy siatkówkowej. Wedle nowszych pojęć należałoby tu raczej przypuszczać *endarteritis proliferans*. Rehberg opisał pierwszy przypadek widocznego ruchu krwi w naczyniach siatkówki u chorego z tętniakiem aorty. Autor opisuje drugie analogiczne spostrzeżenie. U 29-letniego robotnika fabrycznego z dużym, roentgenograficznie stwierdzonym tętniakiem aorty stwierdził autor na jednem oku zupełny zanik nerwu wzrokowego i siatkówki, zdaje się w następstwie embolii, lub *endarteritis proliferans art, centr. ret.* Na drugiem oku w żyle siatkówkowej dolno-skroniowej widać było wyraźnie skaczący ruch krwi rozbitej na liczne krótkie słupki. Ruch ten odbywał się w kierunku dośrodkowym. Po kilkunastodniowem trwaniu objaw ten ustąpił i żyła przybrała wejrzenie prawidłowe dzięki, jak przypuszcza autor, anastomozom żylnym, które ułatwiły powstanie krążenia kollateralnego. Autor przytacza objaśnienie, jakie daje wyżej opisanemu zjawisku Reimer. W razie utrudnienia krążenia wskutek jakiejś mechanicznej przeszkody następuje tak znaczne zwolnienie prądu krwi, że czerwone ciałka krwi zbijają się, jakby uległy sedymentacyi lub aglutynacyi i tworzą czerwone słupki porozdzielane przezroczystem osoczem. Gonitwa tych czerwonych słupków w świetle naczynia przerywana zwolnieniami, przestankami, a nawet chwilowem cofaniem się zależnie od poszczególnych faz czynności serca czyni widocznym dla oka ruch krwi, który, jeżeli słup krwi jest jednostajny i nieprzerwany niczem się na zewnątrz nie zdradza, chyba rytmiczną zmianą szerokości naczynia czyli tętnem tegoż, które jednakowoż niezawsze jest dostrzegalne.

Mięsienie jako rodzaj zajęcia dla ślepych. (Massage as an Occupation for the Blind). Webster Fox — Filadelfia.

Nadszedł czas, kiedy dla ludzi ślepych i ociemniałych, nie powinno się przeznaczać jałmużny, lecz starać się dla nich o odpowiednie sposoby zarobkowania, gdyż mimo, że im brak tak ważnego zmysłu, jak wzrok, zdolni są oni do różnych zawodów i mogą pracować wydatnie z pożytkiem dla siebie i dla drugich. Wobec dzisiejszego rozwoju i rozpowszechnienia wzorowych zakładów wychowawczych i naukowych dla ślepych w całym cywilizowanym świecie uwolnienie społeczeństw od ciężaru wspierania i utrzymywania całych legionów osobników niewidomych jest postulatem zarówno uzasadnionym, jak i nie trudnym do spełnienia. Autor w artykule

swym zwraca uwagę na jeden tylko sposób zarobkowania, który między wielu innymi szczególnie jest odpowiedni dla ociemniałych, mianowicie wykonywanie mięsienia. W Londynie znajduje się główna siedziba bardzo poważnego związku międzynarodowego (National Institution for Massage for the Blind), który posiada już liczne filie w różnych miastach Europy i Ameryki, a którego celem jest propaganda i wprowadzanie w czyn tej myśli, żeby jaknajwiększej liczbie oślepłych dać możność samodzielnego zarabiania na życie przez umiejętne wykonywanie masażu. Wzór wzięto z Japonii, gdzie od czasów niepamiętnych ślepi trudnią się tą specyalnością, wykonując ją niejednokrotnie sprawniej nawet i lepiej od swych widzących współzawodników. Obecnie parlament japoński zastanawia się nad uwolnieniem ciemnych od wszelkiej w tym kierunku konkurencyi przez przyznanie im monopolu dla wykonywania masażu.

Odczyny spojówkowe i inne dla rozpoznania gruźlicy gałki ocznej i przydatków. (Conjunctival and other Reaction Tests to Tuberculin in Tuberculosis of the Eyeball and its Adnexa). Charles Oliver — Filadelfia.

Autor omawia obszernie wartość kliniczną prób dyagnostycznych tuberkulinowych, jak odczyn spojówkowy Calmette'a, lub odczyn skórny Pirqueta, oraz niektóre ich modyfikacye w rozpoznawaniu gruźliczych cierpień oka, zarówno gałki ocznej, jak i części dodatkowych. Wykazuje wady i zalety poszczególnych metod, niebezpieczeństwa, na jakie w pewnych razach narażone bywa przez nie oko gruźlicą dotknięte i wynikające stąd konieczne ograniczenia w ich zastosowaniu. Na ogół przyznaje pod względem praktycznym wyższość odczynu skórnego nad odczynem spojówkowym.

Uwagi o leczeniu gruźlicy ocznej tuberkuliną. (Remarks on the Tuberculin Treatment of the Eye). Junius — Kolonia.

Autor na szeregu przypadków wypróbował tuberkulinę, wytwarzaną przez Prof. Béranecka z Neufchâtel w Szwajcaryi. Tuberkulina ta odpowiada swym składem nowej tuberkulinie Kocha (TR.), zawiera zatem nietylko toksyny gruźlicze, jak tuberkulina stara, lecz nadto i ciała komórkowe zabitych bakteryi gruźliczych. Działanie tej tuberkuliny jest słabsze, niż tuberkuliny TR., ale właśnie takie leczenie łagodne ma, zdaniem autora, wpływać szczególnie korzystnie na przebieg gruźliczych zmian w oku.

Uszkodzenie oka przez dostanie się do worka spojówkowego odprysku ołówka anilinowego. (Injury to the Eye from the Presence of Anilin Pencil in the Conjunctival Cul-de-sac). Albert Suel — Rochester.

U 14-letniej uczenicy w chwili, gdy zacinała ołówek czerwony anilinowy, odłamany koniec ołówka wpadł do prawego oka i zatrzymał się pod powieką górną tak głęboko, że go stamtąd wydobyć nie mogła. Autor, który badał chorą w godzinę po wypadku, znalazł znaczny obrzęk powiek, światłowstręt i silne łzawienie. Z oka wypływały łzy zabarwione purpurowo. Spojówki powiek i spojówka gałkowa obrzmiały i okazywały miejscami plamy głębokiego zabarwienia czerwonego. Rogówka matowa, a w przedniej komorze na dnie półksiężycowaty ciemno-czerwony osad, spowodowany widocznie wessaniem barwika anilinowego. Po usunięciu resztek czerwonego grafitu z załamka górnego ograniczył się autor do starannego wypłukiwania worka spojówkowego i zakładania obojętnej maści. W następnych dniach tworzyły się jeszcze w dolnym załamku zrosty, które byłyby doprowadziły do znacznego *symblepharon*, gdyby ich autor nie był codziennie rozrywał szklaną pałeczką. Po ośmiu dniach objawy zadrażnienia ustąpiły, znikł osad czerwony z przedniej komory, bystrość wzroku, poprzednio znacznie upośledzona, wróciła do stanu prawidłowego, a i zabarwienie spojówki, tak powiekowej jak i gałkowej, ustąpiło prawie zupełnie.

Autor przytacza kilka podobnych spostrzeżeń z literatury oraz pracę doświadczalną Vogt'a, który wykazał, że *caeteris paribus* z pośród barwików anilinowych kwaśnych, obojętnych i zasadowych te ostatnie są dla oka najniebezpieczniejsze. Jako najlepszy środek neutralizujący działanie zasadowe barwików anilinowych, zaleca Vogt 10% rozczyn tanniny. Do następowego odbarwienia tkanek nadaje się najlepiej perhydrol (H_2O_2). Rzecz prosta, że w pierwszej chwili należy bezwarunkowo usunąć z worka spojówkowego okruchy ciała barwiącego, do czego, zdaniem autora, jeśli się pod ręką nie ma roztworu tanniny, lepiej użyć choćby czystej wody, niż zwlekać z wypłukaniem i pozwalać barwikowi rozwinąć niszczące działanie. Wyżej opisany przypadek autora jest jedynym w literaturze, w którym przyszło do zabarwienia cieczy przedniej komory przez wessanie istoty barwiącej.

Przebicie rogówki szpilką od kapelusza damskiego, bez uszkodzenia soczewki. (Transfixion of Cornea by Hat Pin without Injury to Lens). A. Bennett — Buffalo.

Autor opisuje przypadek zranienia oka szpilką od kapelusza damskiego, zasługujący z tego względu na uwagę, że szpilka zo-

stała wbitą od strony nosa w rogówkę w pobliżu rąbka i koniec jej wykłuł się następnie z rogówki w symetrycznem miejscu po drugiej stronie (skroniowej) poziomej średnicy rogówki. W obie ranki wkleszczyła się tęczówka, przez co źrenica przybrała postać poziomej szpary, rozszerzona zaś silnie atropiną stała się podobną do klepsydry. Soczewka nie doznała żadnego uszkodzenia. Kilkudniowa atropinizacya wystarczyła, ażeby rozerwać obydwa przednie zrosty tęczówki i przywrócić źrenicy postać okrągłą.

Tymczasowe doniesienie o wzmożonym ucisku wśródgałkowym w przebiegu puchliny epidemicznej. (Preliminary Note on Increased Intraocular Tension met with in Cases of Epidemic Dropsy). Maynard — Kalkuta.

Autor ma na myśli jednę z zakaźnych chorób strefy gorącej, nieznaną w naszym klimacie, a objawiającą się napadami osłabienia akcyi serca, gorączką i obrzękami. Jest to t. zw. *Epidemic Dropsy.* Choroba to wybitnie zaraźliwa, szerzy się epidemicznie i częstokroć występuje równocześnie u kilku członków jednej rodziny. Autor w przebiegu jednej epidemii tej choroby w Kalkucie spostrzegał w dużym odsetku przypadków powikłanie ze strony oczu, polegające w pierwszej linii na podwyższeniu ucisku wśródgałkowego i przedstawiające obraz jaskry, bez objawów zapalnych, bez zmniejszenia przedniej komory i bez wybitnego rozszerzenia źrenicy. Natomiast występuje wyrazne zaćmienie rogówki, znaczne upośledzenie wzroku i współśrodkowe zwężenie pola widzenia, w niektórych przypadkach nawet zupełna ślepota wskutek zaniku nerwu wzrokowego, z głębokiem dobrzeżnem wyżłobieniem tarczy. Dająca się we wielu przypadkach wykazać współczesność ataków tej jaskry z nawrotami gorączki i puchliny wskazuje dobitnie na związek przyczynowy obu tych cierpień, zwłaszcza, że u przeważnej liczby spostrzeganych chorych, młody wiek (niżej lat 28) przemawiał przeciw przypuszczeniu samoistnej jaskry prostej, występującej zazwyczaj w wieku późniejszym. Autor na podstawie 20 spostrzeżeń nie chce jeszcze rozstrzygać zagadnienia w kierunku patogenezy tych zagadkowych objawów ocznych. Narazie ogranicza się tylko do tymczasowego doniesienia zastrzegając sobie w tym przedmiocie głos na później, gdy będzie rozporządzał większym materyałem kazuistycznym. Rzuca tylko myśl, że wobec znamiennej dla tej choroby skłonności do obrzęków powodowanych ostro występującą adynamią serca, jaskrę tę wytłumaczyć można zastojem żylnym, co odpowiadałoby poglądom Tersona, który pewne przypadki jaskry uważa za nic innego, jak tylko za obrzęk w zamkniętej nierozciągliwej przestrzeni. Z drugiej strony mają istnieć

pewne objawy wskazujące raczej na zajęcie wydzielniczych nerwów gałki ocznej. W takim razie należałoby przypuszczać w myśl zapatrywań Dondersa wzmożone wydzielanie wśródgałkowe na tle naczynio-ruchowem, a równocześnie podejrzewać jakieś powinowactwo w mowie będącej choroby zakaźnej z japońską Beri-beri.

Wiestnik oftalmologii. R. 1910. Styczeń. (Referent Dr M. Szafnicki).

Exenteratio orbito-sinualis. (Kombinowane wypaproszenie oczodołu i jam sąsiednich). S. S. Gołowin.

Autor podaje przez siebie wypracowany i stosowany w kilkunastu wypadkach zabieg operacyjny, polegający na wypaproszeniu oczodołu, otwarciu sąsiednich jam kostnych i stworzeniu jednej wielkiej jamy. Metoda stosowana przy sprawach nowotworowych drążących wgłąb oczodołu i zajmujących ściany kostne.

Zabieg operacyjny dzieli autor na 4 okresy.

I. Cięcia skórne naokoło sprawy nowotworowej: a) wewnętrzne pionowe, biegnące pośrodku czoła, z boku nosa i *plica nasolabialis*, początek tego cięcia 2—3 cm powyżej gładyszki, koniec 1 cm poniżej skrzydła nosowego; b) pionowe zewnętrzne — początek na *lin. semicircul. frontis*, koniec 2 cm poniżej łuku jarzmowego. Następnie dwa cięcia poziome powyżej i poniżej nowotworu. Całość podobna do litery H z dwoma poprzecznemi połączeniami. Płaty górny i dolny należy odpreparować jak najdalej.

II. Wypaproszenie oczodołu.

III. Wypaproszenie jam sąsiednich odpowiednio do rozległości sprawy nowotworowej zapomocą dłuta i nożyc kostnych. Kolejno usuwa autor przednią i górną ścianę jamy Highmora, następnie *proc. nasal. maxil. super.*, *os. lacrymale*, część *ossis nasalis*, część *proc. nasal. ossis frontalis*, *lamina papyracea ossis ethmoidalis*, wreszcie przednią i dolną ścianę *sinus frontalis*. Przy dojściu do jamy nosowej usuwa autor muszle, przy otwarciu labiryntu kości sitowej — wszystkie przegrody. Wogóle stara się usunąć wszystkie części tworzące martwe miejsca — trudno dostępne, gdzie mogłaby się dalej rozwijać sprawa nowotworowa. Pozostałe ściany jam należy wyskrobać łyżeczką ostrą. W ten sposób powstaje jedna wielka jama o ścianach mniej więcej gładkich. Często przy tym zabiegu zdarza się dość znaczny krwotok, wymagający silnego przechylenia głowy ku tyłowi.

IV okres — pokrycie ubytku zapomocą płatów skórno-mięśniowych. Pomimo wielkiego braku części miękkich, zeszycie udaje się łatwo bez silnego naciągania płatów. Zabieg taki autor wykonał 10 razy. Kilkakrotnie blizny po zeszyciu nieco cieńczały i tworzyły się szpary, które po odświeżeniu brzegów i ponownem zeszyciu już więcej nie powstawały. Co się robi z tak wytworzoną jamą — autor nie podaje. Faktem jest, że zmniejsza się ona wskutek odtwarzania się kości na zewnętrznej ścianie oczodołu i tylnej ścianie jamy Highmora. Skóra w tych miejscach zrasta się z kością, a nad jamą nosową i wewnętrzną częścią oczodołu powstaje naciągnięta w postaci dość mocnej błony. Prawdopodobnie po pewnem czasie tylna powierzchnia płatów skórno-mięśniowych zostaje pokryta nabłonkiem błony śluzowej nosa. Naogół efekt kosmetyczny jest bardzo dobry. Okolica oczodołu zostaje trwale pokryta skórą gładką. Autor gorąco poleca ten zabieg szczególnie w wypadkach daleko posuniętych spraw nowotworowych, gdzie zwykła *exenteratio orbitae* nie wystarcza i po pewnym czasie powstają nawroty.

W kwestyi leczenia podwinięcia powiek zapomocą transplantacyi błony śluzowej z warg. Dr K. N. Kardo-Sysojew.

Autor bardzo szczegółowo opisuje przebieg operacyi, która zupełnie jest podobna do operacyi *trichiaseos modo* Wicherkiewicz z tą jedynie różnicą, że zamiast płata skórnego bierze autor kawałek błony śluzowej z wargi.

Przyczynek do anatomii patologicznej zapalenia miąższowego rogówki? W. N. Jeleonskaja.

Autorka, przytoczywszy odnośną niemiecką literaturę, podaje badanie mikroskopowe własnego przypadku, które naogół niczem się nie różni od spotykanych w literaturze. Jako powikłanie dość rzadko spotykane przy *kerat. parenchymat.*, jest w wypadku autorki wrzód rogówkowy, prowadzący do przebicia, garbiaka i następowej jaskry, która dała powód do enukleacyi.

III. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Karol Rothert, dawniej w Mińsku-Litewskim, przeniósł się do Piotrkowa w Królestwie, na miejsce Dr Górskiego, który zajął stanowisko lekarza wojskowego w Rosyi.

Doc. pryw. Dr Pfalz w Dyseldorfie i Herzog w Berlinie otrzymali tytuł profesora.

Prof. Dalen z Lund został następcą Widmarka w Stokholmie.

Habilitowali się: Dr Karol Behr w Kilonii, Dr Zade w Jenie i Dr Stefan Lewicki w Odessie.

Pierwszy zjazd Towarzystwa okulistów polskich w Krakowie w lipcu 1910 r.

Zgłoszone w dalszym następstwie odczyty:

Doc. Dr Lewicki z Odessy: Torebka Tenona, jej anatomia i patologia.

Dr Fukala z Wiednia: 1. Leczenie zapalenia miąższowego rogówki. 2. Postępy w operacyach zaćmy. 3. Okazanie lampy do operacyi ocznych.

Spis pp. współpracowników i podział czynności sprawozdawczej dla Postępu Okulistycznego.

Dr Bałłaban, Archiv für Augenheilkunde.
Prof. Dr Bednarski, Clinique ophthalmique, Medycyna Posiedzenia Tow. lek. lwowskiego.
Dr T. Berezowski, Zeitschrift für Augenheilkunde.
Prof. Dr Chlumsky, pisma czeskie.
Dr Eberson w Tarnowie: Klin. therap. Monatschrift, Aerztliche Zentralzeitung i Przegląd lekarski.
Dr Garliński z Łodzi, Gazeta lekarska, Kronika Lek., Czasopismo lek.
Dr Geisler, Wiener Med. Wochenschrift i »Militaerarzt«.
Dr Gruder, Ctrblatt f. Augenheilkunde.
Dr Kleczkoweki, Graefego Archiv. f. Ophthalmologie.
Dr Liebermann, Klinische Monatsblätter.
Dr Łuniewski w Kołomyi, Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges.
Prof. Dr Majewski, Archives d'Opht., Revue générale d'Ophthalmologie, Ophthalmologische Klinik, Ophthalmology Milwaukee).
Dr Matusewicz, Wracz i Ophthalmic Review.
Dr Noiszewski, rozmaite pisma i towarzystwa lekarskie rosyjskie.
Dr Przybylski, Odessa, Recueil d'ophtalmologie.
Dr Reis, The Royal ophthalmic Hospital Reports, Deutsche medicinische Wochenschrift i Berl. klin. Wochenschrift.
Dr Szafnicki, Wiestnik oftałmołogii.
Prof. Dr Szulisławski, czasopisma hygieniczne, Vierteljahrschrift für ger. Medicin, Münchener Med. Wochenschrift.

Prosimy o dalsze zgłoszenia regularnego referowania i o podanie odnośnych czasopism. *Redakcya.*
